

**PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE
MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE
pour l'assurance vie et l'assurance contre la maladie grave
(par téléphone ou par Internet)**

Informations et directives importantes pour le conseiller A1

À REMPLIR PAR LE CONSEILLER

| | | |
|------------|---|----|
| Section 1 | Option d'assurance | 1 |
| Section 2 | Avis général | 1 |
| Section 3 | Questions d'admissibilité | 1 |
| Section 4 | Information sur les personnes à assurer | 2 |
| Section 5 | Renseignements sur la police | 3 |
| Section 6 | Renseignements sur le bénéficiaire | 4 |
| Section 7 | Antécédents d'assurance | 6 |
| Section 8 | Renseignements personnels | 7 |
| Section 9 | Renseignements financiers | 7 |
| Section 10 | Commentaires | 8 |
| Section 11 | Paiements et autorisations | 9 |
| Section 12 | Rapport du conseiller | 10 |

À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL PARAMÉDICAL

| | | |
|------------|---|----|
| Section 13 | Avis, déclarations, confirmations, autorisations et signatures | 11 |
| Section 14 | Consentement à la communication de renseignements | 12 |
| Section 15 | Vérification de l'identité | 13 |
| Section 16 | Renseignements médicaux | 13 |
| Section 17 | Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 1 | 17 |
| Section 18 | Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 2 | 20 |
| Section 19 | Convention d'assurance provisoire en cas de décès accidentel | 23 |
| Section 20 | Consentement relatif à la protection des renseignements personnels et avis concernant MIB Inc. | 24 |

Informations et directives importantes pour le conseiller

Remplir la proposition

1. Vous devez remplir les sections 1 à 11 avec votre client si vous remplissez la présente proposition par téléphone.
2. Votre client doit remplir les sections 1 à 11 s'il remplit la présente proposition par Internet.
3. Si la réponse aux questions d'admissibilité posées à la section 3 est « Non », ne remplissez pas de proposition.
4. Vous devez remplir la section 12 – Rapport du conseiller avant de télécharger la proposition complète à Watermark (pages 1 à 22). C'est votre signature électronique qui nous permet de traiter la proposition.
5. **Ne transmettez pas** à Watermark de formulaires, par exemple un formulaire de remplacement ou un questionnaire sur le style de vie, autres que la proposition dûment remplie.
6. Les sections 13 à 20 seront remplies ou recueillies exclusivement par un professionnel paramédical autorisé de [Watermark](#).

Le professionnel paramédical de Watermark remplira les sections 13 à 20 ET :

- vérifiera l'identité du client;
- recueillera les signatures requises;
- recueillera un chèque spécimen portant la mention « NUL » (au besoin);
- détachera et remettra au client la section 19 – Convention d'assurance provisoire en cas de décès accidentel;
- détachera et remettra au client la section 20 – Consentement relatif à la protection des renseignements personnels et avis concernant MIB Inc.;
- effectuera l'examen paramédical;
- fera parvenir les propositions remplies au service des Nouvelles Affaires de BMO Assurance.

Watermark permet au conseiller de s'informer en ligne sur le statut de chaque commande paramédicale.

7. Aucune assurance provisoire n'est offerte. **NE RECUEILLEZ AUCUNE PRIME.** Une convention d'assurance provisoire en cas de décès accidentel est offerte sans frais.

8. Un récépissé de remise de police est exigé. Le récépissé de remise de police fait partie des exigences de régularisation.

Remplacement

1. Nous n'acceptons des remplacements que dans les cas suivants :
 - a) Si la police en vigueur visée par le remplacement est une police d'assurance temporaire; et
 - b) Si vous avez discuté des avantages et des désavantages du remplacement avec la personne à assurer.
2. Si la présente police d'assurance doit remplacer ou modifier une police en vigueur auprès de notre compagnie ou de toute autre compagnie, vous devez remplir et nous faire parvenir les formulaires de remplacement appropriés conformément aux règlements en vigueur dans le territoire de résidence de la personne à assurer.

Options d'assurance et polices admissibles

1. Les options Vie individuelle et Conjointe premier décès sont offertes avec les assurances Temporaire 10 ans, Temporaire 15 ans, Temporaire 20 ans, Temporaire 25 ans et Temporaire 30 ans.
2. Les options Vie individuelle, Conjointe premier décès et Conjointe dernier décès sont offertes avec l'assurance Temporaire à 100 ans.
3. Aucune tierce partie titulaire de police ni tiers payeur – le titulaire doit être la personne à assurer 1, la personne à assurer 2 ou les deux.
« Exception : les entreprises individuelles. Le propriétaire d'une entreprise individuelle admissible doit être la personne assurée principale ou la personne assurée secondaire ET être propriétaire de la totalité de l'entreprise. »

| Nom de la police | Âges admissibles | Capital assuré offert | Autres garanties ou avenants |
|--|------------------|------------------------------|--|
| Temporaire 10 ans | De 18 à 75 ans | De 100 000 \$ à 5 000 000 \$ | <ul style="list-style-type: none">• Garantie d'exonération des primes• Avenant d'assurance contre la maladie grave (Prestation du vivant Temporaire 10 ans ou Temporaire 20 ans)<ul style="list-style-type: none">◦ Âge maximal d'établissement de 60 ans◦ Capital assuré maximal de 750 000 \$• Garantie d'assurance en cas de décès accidentel* |
| Temporaire 15 ans | De 18 à 70 ans | | |
| Temporaire 20 ans | De 18 à 65 ans | | |
| Temporaire 25 ans | De 18 à 60 ans | | |
| Temporaire 30 ans | De 18 à 55 ans | | |
| Temporaire à 100 ans | De 18 à 85 ans | De 50 000 \$ à 5 000 000 \$ | <ul style="list-style-type: none">• Garantie d'exonération des primes• Avenant d'assurance temporaire 10 ans, 20 ans ou 30 ans• Garantie d'assurance en cas de décès accidentel* |
| Prestation du vivant Temporaire 10 ans | De 18 à 65 ans | De 25 000 \$ à 2 000 000 \$ | <ul style="list-style-type: none">• Remboursement des primes au décès• Garantie d'exonération des primes• Garantie d'assurance en cas de décès accidentel* |
| Prestation du vivant Temporaire 20 ans | De 18 à 55 ans | | |
| Prestation du vivant à 75 ans | De 18 à 65 ans | De 25 000 \$ à 2 000 000 \$ | <ul style="list-style-type: none">• Remboursement des primes au décès• Remboursement des primes à la résiliation• Remboursement des primes à l'expiration• Garantie d'exonération des primes• Garantie d'assurance en cas de décès accidentel* |
| Prestation du vivant à 100 ans | De 18 à 65 ans | | |
| Prestation du vivant à 100 ans 15 primes | De 18 à 55 ans | | |

* Âge maximal d'établissement de 60 ans. La couverture maximale correspond au moindre des deux montants suivants : 500 000 \$ ou le capital assuré.

Section 1 – Option d'assurance

REMARQUE : Vous devez remplir et présenter une proposition distincte pour chaque police d'assurance vie individuelle.

1. Vie individuelle

Une personne associée à la personne à assurer dans la présente proposition a-t-elle présenté une proposition d'assurance distincte en son nom?

Oui Non (Dans l'affirmative (oui) et pour profiter du rabais sur les primes de polices multiples, veuillez indiquer le nom de la personne à assurer associée et sa date de naissance dans l'espace prévu à cette fin ci-dessous.)

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Nom de la personne à assurer associée | Date de naissance (jj/mmm/aaaa) |
|---------------------------------------|---------------------------------|

2. Vie conjointe – Remplissez cette section si vous désirez une police couvrant deux personnes et ne prévoyant le versement de la prestation de décès qu'au décès de la première ou de la dernière personne assurée.

Section 2 – Avis général

Cette section doit être lue aux personnes à assurer ou celles-ci doivent en faire la lecture.

Nous nous servons de l'information fournie dans cette proposition pour déterminer si vous êtes admissible ou non à l'assurance et quels taux de prime s'appliquent à l'assurance que vous demandez. Si vous faites une fausse déclaration, quel qu'en soit le sujet, ou si vous donnez des renseignements qui ne sont pas à jour, complets ou exacts, nous nous réservons le droit d'annuler toute police que nous avons établie sur la base des renseignements que vous aviez fournis.

Nous respectons votre vie privée et sommes engagés à maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels. Certains de vos renseignements personnels sont nécessaires à BMO Assurance pour les besoins de l'assurance, c'est-à-dire pour évaluer et traiter votre proposition d'assurance, administrer toute police d'assurance pouvant être établie par suite de la proposition, ainsi que faire les vérifications requises sur les demandes de règlement. L'accès à vos renseignements personnels n'est accordé qu'aux employés et aux sous-traitants de BMO Assurance, comme le fournisseur de services paramédicaux, qui en ont besoin pour des raisons professionnelles.

| Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|----------------------|-----|----------------------|-----|
| Oui | Non | Oui | Non |

Acceptez-vous de nous fournir ces renseignements?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Section 3 – Questions d'admissibilité

1. Comprenez-vous la langue (français ou anglais) dans laquelle la présente proposition d'assurance est rédigée?

Si vous avez répondu « non », avez-vous reçu des explications précises, dans la langue de votre choix, au sujet du contenu de cette proposition et les avez-vous bien comprises?

Si vous avez répondu « non », vous n'êtes pas admissible à ce type d'assurance. Ne remplissez pas la présente proposition.

Si vous avez répondu « oui », décrivez ce qui a été fait pour s'assurer que toutes les questions et les autorisations contenues dans cette proposition d'assurance ont été bien comprises. La police d'assurance qui fait l'objet de cette proposition sera délivrée dans une seule des langues officielles du Canada (français ou anglais, selon vos instructions). Il vous revient de prendre les mesures nécessaires pour comprendre parfaitement les modalités du contrat d'assurance.

Dans quelle langue devons-nous rédiger la police et la correspondance future? Français Anglais

2. Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu du Canada?

Si vous avez répondu « non », vous n'êtes pas admissible à ce type d'assurance. Ne remplissez pas la présente proposition.

Section 4.1 – Personne à assurer 1

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|-------------|
| Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | | | | Nom de jeune fille (s'il y a lieu) | |
| Date de naissance (jj/mmm/aaaa) | Âge | Lieu de naissance | <input type="checkbox"/> Canada Province | <input type="checkbox"/> Autre (indiquez le pays) | |
| | | | <input type="checkbox"/> États-Unis l'État | | |
| Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | Je demande que la police soit établie en <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français | Fumeur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ne remplissez pas cette proposition si vous avez répondu « non ». | | |
| Quel est votre statut de résident? <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent – Donnez la date d'entrée au Canada (jj/mmm/aaaa) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, appartement, RR) | | | Nombre d'années à cette adresse | N° de téléphone du domicile | |
| Ville Province Code postal | | | N° de téléphone à utiliser | | |
| Profession ou fonction | | | | Nombre d'années avec l'employeur actuel | |
| Nom de l'employeur | | | Type d'entreprise | | |
| Adresse (numéro, rue, appartement, RR) | | | Ville | Province | Code postal |

Section 4.2 – Personne à assurer 2

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|-------------|
| Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | | | | Nom de jeune fille (s'il y a lieu) | |
| Date de naissance (jj/mmm/aaaa) | Âge | Lieu de naissance | <input type="checkbox"/> Canada Province | <input type="checkbox"/> Autre (indiquez le pays) | |
| | | | <input type="checkbox"/> États-Unis l'État | | |
| Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | Je demande que la police soit établie en <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français | Fumeur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ne remplissez pas cette proposition si vous avez répondu « non ». | | |
| Quel est votre statut de résident? <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent – Donnez la date d'entrée au Canada (jj/mmm/aaaa) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) | | | | | |
| Adresse (numéro, rue, appartement, RR) | | | Nombre d'années à cette adresse | N° de téléphone du domicile | |
| Ville Province Code postal | | | N° de téléphone à utiliser | | |
| Profession ou fonction | | | | Nombre d'années avec l'employeur actuel | |
| Nom de l'employeur | | | Type d'entreprise | | |
| Adresse (numéro, rue, appartement, RR) | | | Ville | Province | Code postal |

Section 4.3 – Titulaire éventuel – Le titulaire éventuel doit être la personne à assurer 1, la personne à assurer 2 ou les deux.

Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Personne à assurer 1 et personne à assurer 2 en propriété conjointe

Le titulaire éventuel est-il une entreprise individuelle? Oui Non

Voulez-vous que la police soit la propriété de l'entreprise individuelle? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom complet et l'adresse de l'entreprise.

| | | | | | |
|--|--|--|-------|----------|-------------|
| Nom de l'entreprise | | | | | |
| Adresse de l'entreprise (numéro, rue, appartement, RR) | | | Ville | Province | Code postal |

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 5 – Renseignements sur la police – Le type et le montant d'assurance proposés.

Veillez choisir la date d'entrée en vigueur de la police :

Date du jour ou Date pour conserver l'âge : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2

Type de couverture : Vie individuelle Conjointe premier décès Conjointe dernier décès

Type de police : Capital assuré \$ Exonération des primes

Avenant 1 – Personne à assurer 1 (GDA) Capital assuré \$

Avenant 2 – Personne à assurer 1 (RPD) Capital assuré \$

Avenant 3 – Personne à assurer 1 (autre) Capital assuré \$

Avenant 1 – Personne à assurer 2 (GDA) Capital assuré \$

Avenant 2 – Personne à assurer 2 (autre) Capital assuré \$

Section 5.1 - Demande d'ajout d'une police d'assurance optionnelle

Personne à assurer 1 L'illustration requise est jointe

Personne à assurer 2 L'illustration requise est jointe

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 6 – Renseignements sur le bénéficiaire – Désignez les personnes à qui verser la prestation de décès.

Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou une proposition pour une autre garantie offrant une prestation au décès (p. ex., une garantie d'assurance en cas de décès accidentel ou une garantie de remboursement des primes au décès) :

- Remplissez les sections 6.1 et 6.2.

Les sommes dues au titre de toute garantie de prestation de décès en cas de maladie grave, dont l'avenant de remboursement des primes au décès (RPD), seront versées à la succession de la personne assurée, à moins qu'un bénéficiaire ait été désigné à la section 6.2.

Si vous présentez une proposition pour une garantie offrant une prestation du vivant (p. ex., la prestation d'assurance contre la maladie grave, la prestation de dépistage précoce, la prestation à l'échéance, la prestation de l'avenant de remboursement des primes à la résiliation ou la prestation de l'avenant de remboursement des primes à l'expiration) :

- Si vous présentez votre proposition en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario ou au Québec, remplissez la section 6.3.
- Si vous présentez votre proposition dans une province autre que celles nommées ci-dessus, remplissez le formulaire [Directives de paiement pour les polices d'assurance contre la maladie grave](#) (630F).

Nous verserons la prestation du vivant au titulaire de la police, sauf si vous désignez une autre personne pour recevoir les sommes dues, comme il est décrit ci-dessus.

Bénéficiaires révocables et irrévocables

Il existe deux types de bénéficiaires : révocables et irrévocables.

- Une désignation de bénéficiaire est considérée comme révocable, sauf si vous la rendez irrévocable. C'est ce qui permet au titulaire de la police de modifier en tout temps sa désignation de bénéficiaire sans devoir obtenir le consentement de ceux-ci.
- Si votre désignation de bénéficiaire est irrévocable, votre pouvoir d'action par rapport à votre police est limité. Par exemple, vous ne pourrez pas changer de bénéficiaire sans son consentement, sauf si la loi le permet. Il se peut que vous ayez également besoin de son consentement pour remettre la police, la céder ou en transférer la propriété, entre autres.
- Au Québec, si l'époux ou le conjoint en union civile est désigné bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins d'indication contraire.
- S'ils sont désignés comme bénéficiaires irrévocables, votre enfant mineur ou votre succession n'ont pas le pouvoir d'autoriser des changements proposés à la police.
- Un bénéficiaire irrévocable d'âge mineur ne peut consentir au remplacement d'un bénéficiaire désigné, et un parent ou tuteur ne peut pas signer à la place de son enfant mineur pour autoriser ce remplacement.

Versement de la prestation dans le cas d'un bénéficiaire mineur

- Sauf si la loi du Québec s'applique, les prestations dues à un bénéficiaire mineur seront versées au fiduciaire, si vous en avez désigné un. Sinon, nous les verserons de la façon prévue dans la loi.
- Là où la loi du Québec s'applique, nous verserons les sommes dues au parent ou aux parents ou au tuteur légal du bénéficiaire mineur.

Plusieurs bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires

- Vous pouvez désigner un bénéficiaire « principal » ou « subsidiaire » (bénéficiaire « subrogé » au Québec).
- Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, vous devez indiquer la quote-part de chacun; sinon, ils se partageront également les sommes dues.
- Les prestations seront d'abord versées aux bénéficiaires principaux en vie. Si l'un des bénéficiaires principaux meurt avant vous, les sommes qui lui sont dues seront distribuées également entre les bénéficiaires principaux survivants, sauf indication contraire de votre part ou stipulation contraire de la loi.
- Si tous les bénéficiaires principaux meurent avant vous, les sommes dues seront distribuées également entre les bénéficiaires subsidiaires, à moins d'indication contraire de votre part.
- Si aucun bénéficiaire n'est en vie alors que des prestations devraient être payées, celles-ci seront versées au titulaire de la police s'il ne s'agit pas de la personne assurée, sinon, à la succession du titulaire de la police.
- Si, pour quelque raison que ce soit, un bénéficiaire n'est plus admissible à recevoir les sommes dues, il sera traité comme s'il était décédé avant le titulaire de la police ou la personne assurée, et les sommes dues seront versées conformément à la loi.

La somme des pourcentages à verser aux bénéficiaires doit toujours correspondre à 100 %.

Section 6.1 – Prestation de décès de l'assurance vie temporaire

| Personne à assurer 1 | | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec, lien avec le titulaire) | Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur (jj/mmm/aaaa) | Nom du fiduciaire / administrateur | Quote-part (%) |
|------------------------|--------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|----------------|
| Bénéficiaire principal | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | | | | | TOTAL | |

| Personne à assurer 1 | | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec, lien avec le titulaire) | Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur (jj/mmm/aaaa) | Nom du fiduciaire / administrateur | Quote-part (%) |
|--|--------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|----------------|
| Bénéficiaire subsidiaire (subrogé au Québec) | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | | | | | TOTAL | |

**PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE
MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE**

Section 6.1 – Prestation de décès de l'assurance vie temporaire

| Personne à assurer 1 | | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec, lien avec le titulaire) | Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur (jj/mmm/aaaa) | Nom du fiduciaire / administrateur | Quote-part (%) |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|----------------|
| Bénéficiaire principal | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | | | | | TOTAL | |

| Personne à assurer 1 | | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec, lien avec le titulaire) | Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur (jj/mmm/aaaa) | Nom du fiduciaire / administrateur | Quote-part (%) |
|--|--------------------------------------|--|---|--|------------------------------------|----------------|
| Bénéficiaire subsidiaire (subrogé au Québec) | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Révocable | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Irrévocable | | | | | |
| | | | | | TOTAL | |

Section 6.2 – Prestation des avenants d'assurance en cas de décès

| Personne à assurer 1 | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer (au Québec, lien avec le titulaire) |
|---|--|---|
| Garantie d'assurance en cas de décès accidentel (GDA) | | |
| Avenant de remboursement des primes au décès (RPD) de l'assurance contre la maladie grave | | |

| Personne à assurer 2 | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer (au Québec, lien avec le titulaire) |
|---|--|---|
| Garantie d'assurance en cas de décès accidentel (GDA) | | |
| Avenant de remboursement des primes au décès (RPD) de l'assurance contre la maladie grave | | |

Section 6.3 – Prestation du vivant de l'assurance contre la maladie grave

| Personne à assurer 1 | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer (au Québec, lien avec le titulaire) |
|--|--|---|
| Prestation d'assurance contre la maladie grave | | |
| Prestation de dépistage précoce | | |
| Prestation à l'échéance | | |
| Remboursement des primes à la résiliation | | |
| Remboursement des primes à l'expiration | | |

| Personne à assurer 2 | Nom (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Lien avec la personne à assurer (au Québec, lien avec le titulaire) |
|--|--|---|
| Prestation d'assurance contre la maladie grave | | |
| Prestation de dépistage précoce | | |
| Prestation à l'échéance | | |

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 7 – Antécédents d'assurance - Cette section doit être remplie par la personne à assurer 1 et la personne à assurer 2.

Veillez répondre aux questions 1, 2 et 3.

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui », donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section 10.

| | Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. Avez-vous déjà présenté une proposition ou une demande de remise en vigueur d'assurance vie, d'assurance contre la maladie grave, d'assurance invalidité ou de soins prolongés qui a été refusée, tarifée, reportée, résiliée, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit? (Si vous avez répondu « oui », donnez des précisions à la section 10.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. a) L'assurance proposée doit-elle remplacer ou modifier toute police d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave déjà établie auprès de BMO Assurance ou d'une autre compagnie? Si oui, répondez à la question 2b. Si vous avez répondu « oui » à la question 2a et que vous soumettez une proposition d'assurance vie , votre conseiller doit vous fournir une analyse écrite énonçant les avantages et les désavantages de la police de remplacement proposée. Les formulaires de remplacement ou la Déclaration de remplacement d'un contrat d'assurance-vie doivent être joints à la proposition transmise au siège social. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Si la police qui fait l'objet de la proposition vise à remplacer une police de BMO Assurance en vigueur, est-ce que le titulaire de la police actuelle demande à BMO Assurance d'annuler cette police dès l'établissement de la police qui fait l'objet de la proposition? Si vous avez répondu « oui » à la question 2b, indiquez le numéro de la police à résilier : <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà l'une des assurances ci-après (répondez « oui » même si vous avez une proposition en cours d'évaluation) : assurance vie, assurance contre la maladie grave, assurance invalidité, assurance pour soins de longue durée? (Si « oui », remplissez le tableau ci-dessous.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Compagnie | Type de police d'assurance | Capital assuré personnel | Capital assuré commercial | Année d'établissement (si en vigueur) ou Année de la proposition (si en attente) |
|----------------------|-----------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| Personne à assurer 1 | | | \$ | \$ | |
| | | | \$ | \$ | |
| | | | \$ | \$ | |
| Personne à assurer 2 | | | \$ | \$ | |
| | | | \$ | \$ | |
| | | | \$ | \$ | |

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 8 – Renseignements personnels – Cette section doit être remplie par la personne à assurer 1 et la personne à assurer 2.

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui », donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section 10.

| | Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. Avez-vous consommé une forme ou une autre de tabac, de marijuana, de haschisch, de produits à base de nicotine ou de substituts de nicotine : | | | | |
| a) dans les 12 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) dans les 24 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) dans les 5 dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous pris l'avion en tant que pilote, apprenti pilote ou membre de l'équipage? Prévoyez-vous le faire? (Si « oui », vous devez répondre au questionnaire sur l'aviation.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous participé aux activités suivantes ou à d'autres activités semblables dans les cinq dernières années ou avez-vous l'intention de le faire : course automobile ou de bateau à moteur , plongée autonome , parachutisme , deltaplane , vol en avion ultraléger , vol en montgolfière , escalade de paroi rocheuse , alpinisme , hélisti , ski hors-piste ? (Si « oui », répondez au questionnaire pertinent concernant les activités.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé, résidé ou travaillé à l'extérieur de l'Amérique du Nord ou prévoyez-vous le faire au cours des 12 prochains mois? (Si « oui », donnez des précisions, notamment la durée du séjour hors de l'Amérique du Nord, les dates et le but des voyages, ci-dessous ou utilisez la section 10 si vous avez besoin de plus d'espace.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 5. Avez-vous : | | | | |
| a) commis plus de deux infractions relatives à la conduite d'un véhicule dans les trois dernières années? (Si « oui », précisez notamment les dates et la nature des infractions.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) fait l'objet d'une suspension de permis de conduire ou d'une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies, ou pour conduite dangereuse au cours des cinq dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) fait l'objet d'une suspension de permis de conduire ou d'une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies, ou pour conduite dangereuse dans les dix dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si vous avez répondu « oui » à la question a, b ou c, indiquez votre numéro de permis de conduire : | | | | |
| 6. Avez-vous déjà été mis en état d'arrestation, accusé ou trouvé coupable relativement à une infraction criminelle, quelle qu'en soit la nature? (Si « oui », précisez à la section 10.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous déjà déclaré une faillite personnelle ou d'entreprise? (Si « oui », quand avez-vous obtenu votre libération?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jj/mm/aaaa | | | | |

Section 9 – Renseignements financiers - Tous les champs doivent être remplis.

| | Personne à assurer 1 | Personne à assurer 2 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. Actif total | \$ | \$ |
| 2. Passif total | \$ | \$ |
| 3. Valeur nette | \$ | \$ |
| 4. Revenu de travail annuel | \$ | \$ |
| 5. Autres revenus | \$ | \$ |
| Indiquez la source des autres revenus. | | |
| 6. Si vous n'avez pas de travail rémunéré, quel est votre revenu familial brut? | \$ | \$ |
| 7. Si vous n'avez pas de travail rémunéré, quel est le montant total des assurances déjà en vigueur sur la vie du conjoint qui travaille? | \$ | \$ |

8. Objet de l'assurance - Tous les champs doivent être remplis.

Remplacement d'un revenu
 Personne clé
 Convention de vente-rachat
 Personnel
 Autre (précisez)

9. Source du paiement (cochez toutes les cases pertinentes)

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Revenu d'un travail autonome | <input type="checkbox"/> Revenu d'emploi | <input type="checkbox"/> Revenu de retraite/pension | <input type="checkbox"/> Subventions/bourses d'études |
| <input type="checkbox"/> Règlement d'assurance | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise | <input type="checkbox"/> Revenu de placement/d'épargne | <input type="checkbox"/> Vente d'actifs |
| <input type="checkbox"/> Fiducie/héritage | <input type="checkbox"/> Don | <input type="checkbox"/> Prêt | <input type="checkbox"/> Gains à la loterie |
| <input type="checkbox"/> Indemnité découlant d'une action en justice | <input type="checkbox"/> Autre | | |

10. Existe-t-il une entente ou un projet d'entente selon lesquels une personne autre que les personnes à assurer ou les titulaires désignés aux sections 4.1, 4.2 ou 4.3 (tiers) pourrait payer les primes d'une police d'assurance établie sur la base de la présente proposition ou pourrait acquérir un intérêt valable en droit ou une participation dans la police?
 Oui (Si oui, veuillez préciser)
 Non

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 10 – Commentaires – Cette section doit être remplie par la personne à assurer 1 et la personne à assurer 2.

Si plus d'espace est nécessaire, la personne à assurer 1 et, le cas échéant, la personne à assurer 2 doivent fournir des précisions sur une feuille distincte signée et datée.

J'ai lu et examiné les questions, les réponses et les renseignements figurant aux sections 1 à 10 et déclare que les réponses et les renseignements en question sont véridiques, complets et ont été consignés avec exactitude.

Initiales

Personne à
assurer 1

Personne à
assurer 2

Remarques : Les sections 13 à 20 doivent être remplies par la personne à assurer 1 et, le cas échéant, la personne à assurer 2 en compagnie d'un représentant de BMO Assurance ou d'un professionnel de la santé. Nous communiquerons avec vous afin de convenir du moment.

PROPOSITION POUR LA VENTE D'ASSURANCE PAR UNE MÉTHODE AUTRE QU'EN PERSONNE

Section 11 – Paiements et autorisations – Déterminez la méthode et la fréquence de versement des primes.

Section 11.1 – Méthode de paiement

Paiement initial :

- Annuellement par chèque (nous obtiendrons un chèque de votre part ultérieurement)
- Mensuellement par prélèvement automatique (remplissez la section 11.2)
- Par carte de crédit (**pour la première prime annuelle seulement**) (remplissez la section 11.3)

Paiements suivants :

- Annuellement par chèque
- Mensuellement par prélèvement automatique (remplissez la section 11.2)

Section 11.2 – Autorisation relative au service de prélèvement automatique (SPA) mensuel

J'aimerais établir ma convention relative au SPA de la manière suivante :

- Créer une nouvelle convention au moyen :
 - des renseignements du compte qui figurent sur le spécimen de chèque ci-joint; ou
 - d'un ordre de versement à un tiers donné à la banque (les fonds ne peuvent pas être tirés d'un compte de marge de crédit).

Ajouter à une convention existante – N° de la police de BMO Assurance :

Jour du prélèvement (choisissez un jour compris entre le 1^{er} et le 28)

Pour que l'option de paiement par SPA soit retenue, tous les payeurs doivent accepter l'ensemble des modalités ci-dessous.

- Il est entendu que BMO Société d'assurance-vie (ci-après appelée « société ») a l'autorisation de prélever, au moment de son choix, des paiements périodiques ou ponctuels dans le compte bancaire indiqué dans cette proposition d'assurance.
- Pour les besoins de cette convention, tous les prélèvements automatiques seront considérés comme étant des débits préautorisés (DPA) personnels au sens qui leur est donné dans les règles de l'Association canadienne des paiements (en cas de prélèvement non autorisé dans votre compte, vous avez 90 jours civils, à partir de la date du prélèvement en question, pour demander le remboursement de la somme prélevée).
- Le montant du débit préautorisé est considéré comme variable, au sens donné à ce terme dans les règles de l'Association canadienne des paiements.
- Les avis donnés en application de cette convention seront envoyés à l'adresse la plus récente que nous avons en dossier pour le titulaire éventuel ou le titulaire.
- La Société est libre d'exiger des frais pour tout prélèvement automatique qui n'a pas été honoré et de mettre fin au DPA.
- La présente autorisation peut être révoquée en tout temps moyennant réception, par la société, d'un avis écrit donné par le payeur.
- L'annulation de cette convention de prélèvement automatique n'influera d'aucune façon sur l'entente conclue entre les payeurs et la société relativement à toute protection d'assurance à condition que les primes aient été versées par une méthode de rechange acceptable.
- Toutes les personnes dont la signature est exigée aux fins de ce compte, y compris tout titulaire conjoint, ont signé ci-dessous.
- **Les payeurs renoncent à leur droit d'être avisés de ce qui suit par BMO Société d'assurance-vie :**
 - cette autorisation avant que le premier paiement soit prélevé dans le compte;
 - tout paiement prélevé par la suite;
 - tout changement au montant ou à la date du paiement fait au gré des payeurs ou de la société.

Les payeurs ont certains droits de recours si un prélèvement n'est pas effectué conformément à la présente convention. Les payeurs ont le droit d'être remboursés pour tout prélèvement non autorisé ou non conforme avec la présente convention relative au SPA. Les payeurs peuvent se procurer un formulaire de révocation type et se renseigner sur leurs droits de révoquer la présente autorisation en communiquant avec leur institution financière ou en visitant le site suivant : www.cdnpay.ca.

Ils peuvent également nous joindre en tout temps :

BMO Société d'assurance-vie 60, Yonge Street, Toronto (Ontario) M5E 1H5; 1-877-742-5244; téléc. : 416-596-0348

Date de la signature _____
(jj/mm/aaaa)

Signature (si le compte est conjoint, tous les déposants doivent signer) X _____

X _____

Section 11.3 – Autorisation de paiement par carte de crédit – Pour la première prime annuelle seulement.

Mastercard Visa

Numéro de carte Date d'expiration (mm/aa)

AUTORISATION

Nous, les détenteurs soussignés de la carte de crédit, autorisons BMO Assurance, si notre proposition d'assurance est approuvée par BMO Assurance, à prélever notre première prime annuelle seulement sur le compte de carte de crédit indiqué ci-dessus.

À la réception de la présente, BMO Assurance demandera l'autorisation nécessaire à l'émetteur de votre carte. Si l'autorisation en question est obtenue de l'émetteur, votre compte sera débité en conséquence. Le paiement à BMO Assurance par l'émetteur conformément à la présente constituera et représentera le « montant payé » et, par conséquent, est régi par les dispositions de cette proposition.

_____ X _____
Nom du titulaire de la carte Signature du titulaire de la carte

Remarque : Le titulaire de la carte doit être la personne à assurer 1 ou la personne à assurer 2.

Le rapport du conseiller doit être rempli avant de présenter la proposition à Watermark. C'est votre signature électronique qui nous permet de traiter la proposition.

Section 12 – Rapport du conseiller

| | |
|---|-----------------------------------|
| Nom de la personne à assurer 1 (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Date de naissance : (jj/mmm/aaaa) |
| Nom de la personne à assurer 2 (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Date de naissance : (jj/mmm/aaaa) |

Section 12.1 – Attestation du conseiller

Les réponses suivantes sont exactes au meilleur de mes connaissances. En inscrivant mon nom et mon code de conseiller ci-dessous, je confirme ce qui suit :

1. Je suis le conseiller réalisateur et j'ai un permis en règle m'autorisant à remplir la présente proposition dans le territoire de compétence où la transaction s'est déroulée.
2. J'ai fourni au titulaire de la police la déclaration du conseiller, qui informe le titulaire :
 - a) des autres compagnies que je représente actuellement;
 - b) que je pourrais toucher une rémunération (comme des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie;
 - c) que je pourrais toucher une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de programmes de congrès ou d'autres incitatifs; ou
 - d) de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.
3. Si la présente proposition d'assurance doit remplacer ou modifier une police d'assurance vie en vigueur, il s'agit du remplacement d'une police d'assurance temporaire par une autre police d'assurance temporaire et j'ai personnellement discuté avec le client au sujet des avantages et des désavantages de ce remplacement.
4. J'ai obtenu l'accord des personnes à assurer pour recueillir et communiquer leurs renseignements personnels dans le cadre de la présente proposition.

Section 12.2 – Renseignements sur le conseiller

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> % | <input type="text"/> |
| Nom complet (conseiller de service) | Code du conseiller | Répartition en pourcentage | Date (jj/mmm/aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> % | |
| Nom complet | Code du conseiller | Répartition en pourcentage | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nom de l'agent général | Code de l'agent général | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Nom du coordonnateur ou de l'administrateur du dossier de l'agent général | | | |

Section 12.3 – Directives particulières

Précisez tout renseignement qui pourrait aider à évaluer le risque et à étudier la présente proposition d'assurance (p. ex., conservation de l'âge, antidatation, exigences de tarification commandées).

Section 13 – Avis, déclarations, confirmations, autorisations et signatures

13.1 – AVIS IMPORTANT : Les renseignements contenus dans cette proposition et les autres renseignements que BMO Assurance obtient en marge de cette proposition sont nécessaires pour évaluer et traiter la proposition d'assurance, pour administrer toute police d'assurance pouvant être établie par suite de cette proposition, ainsi que pour faire les vérifications requises sur la couverture et les demandes de règlement (les « besoins de l'assurance »). Pour en savoir plus sur les besoins de l'assurance et les pratiques de BMO Assurance en matière de protection de la vie privée, reportez-vous au Consentement relatif à la protection des renseignements personnels et à l'avis concernant MIB Inc. fournis au moment de la proposition.

13.2 – DÉCLARATIONS ET CONFIRMATIONS : En apposant ma signature ci-dessous, « je » (c'est-à-dire le titulaire éventuel ou la personne à assurer soussignés, individuellement ou collectivement) déclare et confirme ce qui suit :

1. J'ai lu et je comprends toutes les questions dans cette proposition ainsi que dans tout formulaire complémentaire que j'ai fourni à BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) dans le cadre de cette proposition d'assurance vie (la « proposition »). Je déclare également que j'ai l'intention de soumettre la proposition d'assurance.
2. J'ai vérifié chacune de mes réponses et de mes déclarations consignées dans la proposition. Ces réponses sont complètes et véridiques et c'est moi qui les ai données à mon conseiller (ou au mandataire autorisé de mon conseiller) pour les besoins de l'assurance. De plus, je comprends que mes déclarations par téléphone ou en personne à un professionnel des soins de santé ou à un autre mandataire font aussi partie de ma proposition et serviront également aux besoins de l'assurance.
3. Je comprends que l'information et les réponses fournies dans la proposition serviront à BMO Assurance dans l'évaluation de la proposition et l'établissement d'une police d'assurance. J'étais présent lorsque les réponses aux questions qui me concernaient ont été consignées et je confirme avoir fourni ces réponses.
4. BMO Assurance peut annuler toute police d'assurance qu'elle aura établie en se fondant sur la proposition si l'un ou l'autre des éléments d'information ou des réponses fournis dans la proposition est erroné ou incomplet.
5. Je m'engage à aviser immédiatement BMO Assurance si je découvre qu'une réponse ou une information donnée dans la proposition est fautive ou si elle change d'ici à ce que l'établissement et la délivrance de la police faisant l'objet de la proposition soient autorisés. J'aviserai BMO Assurance de tout changement concernant mon statut de résidence aux fins de l'impôt.
6. Avant de signer cette proposition, j'ai reçu des renseignements que j'estime suffisants et adéquats au sujet du produit visé par cette proposition. Je comprends que le conseiller en assurance vie peut être rémunéré à la commission.
7. Je conviens par ailleurs que certaines variables (p. ex., type et rendement des placements, coût d'assurance, avances sur police, paiements et retraits) peuvent influencer sur le rendement de la police et, si elles changent, peuvent modifier les prestations et les valeurs non garanties au titre de la police. De plus, je comprends que les prestations et les valeurs indiquées dans les illustrations sont fondées sur des hypothèses susceptibles de changer et ne sont pas garanties.
8. Je (c'est-à-dire le titulaire éventuel) serai réputé avoir accepté les modalités de la police et tous les avenants, ajouts et changements qui y sont liés fondés sur cette proposition si je ne retourne pas la police à BMO Assurance dans les 10 jours après l'avoir reçue.

13.3 – AUTORISATIONS ET SIGNATURES : En apposant ma signature ci-dessous, « je » (c'est-à-dire le titulaire éventuel ou la personne à assurer soussignés, individuellement ou collectivement) déclare ce qui suit :

1. J'autorise BMO Assurance et ses sous-traitants à recueillir, à utiliser et à communiquer mes renseignements personnels pour les besoins de l'assurance.
2. J'autorise BMO Assurance à obtenir un rapport du bureau de crédit, à faire une vérification de mes antécédents criminels et à obtenir des renseignements sur mon dossier de conduite, si cela est nécessaire pour les besoins de l'assurance.
3. J'autorise tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance, tout conseiller, tout courtier ou courtier affilié, MIB Inc., toute institution financière, tout organisme, établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à communiquer ces renseignements à BMO Assurance ou à ses réassureurs.
4. Je consens à l'analyse des échantillons prélevés, notamment un test de dépistage des anticorps / antigènes antivirus de l'immunodéficience humaine (VIH), à moins que je ne retire ce consentement de façon expresse.
5. J'autorise BMO Assurance à communiquer les résultats de tests, les rapports et les renseignements personnels obtenus à mon sujet à ses réassureurs, à d'autres assureurs autorisés, à mon médecin personnel et à MIB Inc.
6. Je comprends que, si la personne à assurer n'est pas la seule personne à assurer ou n'est pas le titulaire éventuel, les renseignements personnels (y compris médicaux) de la personne à assurer seront communiqués à tout autre titulaire éventuel ou personne à assurer. Je consens à cette communication.
7. J'ai lu et compris le Consentement relatif à la protection des renseignements personnels et l'avis concernant MIB Inc. qui m'ont été fournis au moment de la proposition et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et communiqués de la façon décrite dans ce consentement et cet avis.

En signant ci-dessous, je confirme comprendre et accepter les énoncés ci-dessus et consentir à ce que mes renseignements personnels soient recueillis et communiqués de la façon décrite.

X

Personne à assurer 1

/ /

Date (jj/mmm/aaaa)

X

Personne à assurer 2

/ /

Date (jj/mmm/aaaa)

X

Témoin

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

/ /

Date (jj/mmm/aaaa)

Section 14 – Consentement à la communication de renseignements

Consentement à la communication de renseignements – **À REMPLIR SUR TOUTES LES PROPOSITIONS** – Ne pas détacher

Les termes « vous », « vos » et « votre » se rapportent aux personnes à assurer et aux parents ou tuteurs des personnes à assurer qui n'ont pas encore 18 ans. Les termes « nous », « nos » et « notre » désignent BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, établissements publics ou privés de santé et de services sociaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, compagnies d'assurance, à MIB Inc., à votre conseiller ou sa société affiliée, à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre santé, ou sur vos enfants ou leur santé (le cas échéant) de nous les communiquer ou de les communiquer à nos réassureurs. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire un bref rapport sur vos renseignements personnels à MIB Inc. Remarque : Le parent ou le tuteur légal qui signe au nom d'un mineur doit indiquer son lien de parenté avec lui. Une copie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

| | | | |
|--------------------|-----------------------|---|----------------------|
| / / | | | X |
| Date (jj/mmm/aaaa) | Province de signature | Nom en caractères d'imprimerie de la personne à assurer 1 | Personne à assurer 1 |

| | | | |
|--------------------|-----------------------|---|----------------------|
| / / | | | X |
| Date (jj/mmm/aaaa) | Province de signature | Nom en caractères d'imprimerie de la personne à assurer 2 | Personne à assurer 2 |

Les sections 15 à 18 doivent être remplies par le professionnel paramédical.

- 1) Remplissez les sections 15 à 18.
- 2) Les sections 19 et 20 doivent être remises aux personnes à assurer.
- 3) Recueillez les signatures manuscrites aux sections 10, 11 (au besoin), 13, 14 et 16.

Section 15 – Vérification de l'identité

Des pièces d'identité valides émises par le gouvernement sont exigées pour vérifier l'identité de la personne à assurer 1, de la personne à assurer 2 et des titulaires proposés.

Le passeport, le permis de conduire et la carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Québec, au Manitoba, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard) sont admissibles.

| | | | | |
|---|---|----------------------|----------------|---------------------------------|
| Personne à assurer 1 / titulaire proposé | Type de document (pièce d'identité avec photo) | Lieu d'établissement | N° du document | Date d'expiration (jj/mmm/aaaa) |
| Personne à assurer 2 / titulaire proposé | Type de document (pièce d'identité avec photo) | Lieu d'établissement | N° du document | Date d'expiration (jj/mmm/aaaa) |

Section 16 – Renseignements médicaux

Section 16.1 – Antécédents familiaux

Vos parents, frères ou sœurs naturels, vivants ou non, ont-ils déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : diabète, cancer, hypertension, accident vasculaire cérébral, maladie du cœur, maladie des reins, maladie polykystique des reins, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie Lou Gehrig), dystrophie musculaire, fibrose kystique, maladie mentale ou suicide, sclérose en plaques, maladies du motoneurone ou toute autre maladie ou affection héréditaire? Veuillez préciser pour tous les membres de votre famille.

| | |
|---|---|
| Personne à assurer 1 | Personne à assurer 2 |
| Oui Non | Oui Non |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| Personne à assurer 1 | Personne à assurer 2 | Lien de parenté avec la personne à assurer | Maladie (en cas de cancer, précisez le type) | Âge au début de la maladie | Âge (si vivant) | Âge au décès | Cause du décès |
|--------------------------|--------------------------|--|--|----------------------------|-----------------|--------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Section 16.2 – Médecin

| | Personne à assurer 1 | Personne à assurer 2 |
|---|---|---|
| Nom de votre médecin personnel (si vous n'avez pas de médecin personnel, veuillez fournir des précisions sur le dernier médecin consulté) | | |
| Adresse de votre médecin personnel | | |
| Numéro de téléphone de votre médecin | | |
| Depuis quand ce médecin vous suit-il? | | |
| Date (jj/mmm/aaaa) et raison de votre dernière consultation | | |
| Traitement (médicaments, tests particuliers) et résultats | | |
| Le médecin susmentionné est-il en possession de votre dossier médical complet? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si non, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout autre médecin consulté. | | |

Section 16.3 – Antécédents médicaux

Vous devez répondre à toutes les questions par « oui » ou par « non ». Encercler le trouble approprié pour chaque réponse affirmative (oui). Vous devez fournir des détails exhaustifs, y compris les renseignements suivants : noms des médecins, dates pertinentes, traitements, recommandations et résultats. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez la section 16.5 et, au besoin, fournissez des précisions supplémentaires sur une feuille distincte, laquelle doit être signée et datée par la personne à assurer.

| | Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. Avez-vous déjà eu ou reçu un traitement, des médicaments ou des soins médicaux ou subi des tests pour tout trouble médical affectant l'un ou l'autre des systèmes suivants ou vous a-t-on déjà donné des recommandations dans ce sens : | | | | |
| a) Troubles des systèmes cardiovasculaire ou sanguin , notamment les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les CIT, la leucémie, les caillots sanguins, l'hypertension, l'angine ou les douleurs à la poitrine, les palpitations, les souffles au cœur, l'essoufflement, l'arythmie, l'hypercholestérolémie, l'anémie ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Troubles du système respiratoire , notamment l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique, la toux chronique, l'enrouement prolongé, la tuberculose, l'apnée du sommeil, le crachement de sang ou tout autre trouble des poumons, du nez ou de la gorge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Troubles du système nerveux , notamment l'épuisement professionnel, les troubles psychiatriques, la fatigue chronique, l'anxiété, la dépression, les étourdissements, les évanouissements, les convulsions, les engourdissements, les picotements, la perte d'équilibre, la faiblesse des extrémités, la névrite optique, la paralysie, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), les maladies du motoneurone, l'infirmité motrice cérébrale, le syndrome de Down, la déficience mentale, les déficiences ou la perte de la vue, de l'ouïe ou de la parole ou tout autre trouble du cerveau ou de la moelle épinière? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Troubles du système gastro-intestinal , notamment les ulcères, la colite, la maladie de Crohn, l'hépatite ou être porteur de l'hépatite, la jaunisse, les saignements intestinaux ou rectaux, la diarrhée se prolongeant plus de cinq jours ou tout autre trouble de l'estomac, des intestins, de la vésicule biliaire, du foie ou du pancréas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Troubles du système musculosquelettique , notamment l'arthrite, la sciatalgie, la polio, la fibromyalgie, le rhumatisme, la goutte, la perte de membres, les problèmes de disques, les amputations, la paralysie, les difformités ou tout autre trouble des muscles, des articulations, de l'ossature, du cou ou du dos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Troubles des systèmes urinaire ou reproductif , notamment du sang, du pus, du sucre ou de l'albumine dans l'urine, la néphrite, les maladies transmises sexuellement, des résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'un test de PSA ou tout autre trouble de la prostate, des ovaires, de l'utérus, des seins, des reins, de la vessie ou de l'uretère? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Troubles du système glandulaire , notamment le diabète, l'enflure des glandes ou des ganglions lymphatiques, ou tout autre trouble, y compris les troubles de la glande thyroïde, de l'hypophyse, des seins ou d'autres glandes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Troubles de la peau , notamment les nævus, les lésions cutanées, le syndrome du nævus dysplasique ou tout autre trouble de la peau? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Troubles du système immunitaire , notamment le lupus, le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou les résultats positifs à un test de dépistage du VIH, les infections multiples chroniques ou inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà souffert d'un cancer, d'une tumeur, d'un kyste, d'une bosse ou d'une croissance qui ne figure pas aux questions précédentes? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous pris des médicaments au cours des cinq dernières années? Dans l'affirmative, précisez le nom, la posologie et la raison des médicaments. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir une tomographie ou un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Présentez-vous des symptômes ou souffrez-vous d'une condition pour laquelle vous n'avez pas encore recherché un traitement ou consulté un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui » ci-dessus, donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section 16.5 ci-dessous.

| Question n° | Nom de la personne assurée | Nom du médecin | Précisions (y compris les dates pertinentes, les traitements, les recommandations et les résultats) |
|-------------|----------------------------|----------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 16.3 – Antécédents médicaux

Pour toute réponse affirmative (oui) ci-dessous, veuillez fournir des précisions dans l'espace prévu à cette fin et au besoin, dans la section 16.5 ci-dessous.

| | Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 6. Au cours des cinq dernières années, en plus des tests susmentionnés, avez-vous subi l'un ou l'autre des tests suivants ou vous a-t-on conseillé de le faire : | | | | |
| a) Un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire, un test sanguin, une biopsie ou tout autre test, intervention chirurgicale ou procédure médicale nécessitant une hospitalisation? Dans l'affirmative, précisez le test, la raison, les résultats, les dates des tests et le nom des médecins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Tests de dépistage du VIH (sida)? Dans l'affirmative, précisez les dates et le type de tests. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Une hospitalisation? Dans l'affirmative, précisez la raison, les résultats, les dates des tests et le nom des médecins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou subi une procédure, un accident ou une blessure? En outre, avez-vous consulté un médecin ou vous a-t-on déjà conseillé de suivre un traitement à l'aide d'un régime, de médicaments ou d'autres moyens que les précédents? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions sur le diagnostic, le traitement, la raison, la date, les résultats et le nom des médecins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de sept jours en raison d'une maladie ou d'une blessure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant une durée de plus de deux semaines en raison d'une invalidité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tabagisme | | | | |
| Remarque : La réponse à la question suivante déterminera si la personne à assurer est admissible à des taux fumeur ou non fumeur. | | | | |
| a) Avez-vous déjà consommé des produits à base de tabac ou de nicotine, y compris des cigarettes, des cigares, des cigarillos, du tabac à pipe ou à chiquer, de la marijuana ou des produits à base de nicotine, y compris des timbres ou de la gomme à la nicotine ou d'autres produits utilisés pour cesser de fumer? Dans l'affirmative, précisez les produits et la quantité utilisée par jour, la durée de l'utilisation et la date de la dernière utilisation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous utilisé l'un ou l'autre des produits susmentionnés au cours des 12 derniers mois? Dans l'affirmative, indiquez lesquels, la quantité utilisée par jour et la date de la dernière utilisation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous utilisé l'un ou l'autre des produits susmentionnés au cours des 24 derniers mois? Dans l'affirmative, indiquez lesquels, la quantité utilisée par jour et la date de la dernière utilisation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Avez-vous utilisé l'un ou l'autre des produits susmentionnés au cours des cinq dernières années? Dans l'affirmative, indiquez lesquels, la quantité utilisée par jour et la date de la dernière utilisation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Consommez-vous actuellement des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, précisez le nombre de consommations hebdomadaire et le type de consommations (p. ex., vin, bière, spiritueux). Sinon, précisez la raison et la date de la dernière consommation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Au cours des dix dernières années, avez-vous utilisé des sédatifs, des stimulants, des calmants, des psychotropes, des stupéfiants ou d'autres types de drogues, y compris de la marijuana, de la cocaïne, des amphétamines, des barbituriques ou autres, sauf sur prescription d'un médecin? Dans l'affirmative, précisez le type de drogue, les dates et la fréquence d'utilisation, ainsi que la quantité consommée par jour. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous déjà décidé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, reçu une thérapie ou un traitement ou fait partie d'un groupe d'entraide pour abus d'alcool ou de drogues ou vous a-t-on déjà donné des recommandations en ce sens? Dans l'affirmative, précisez le type d'alcool (bière, vin, spiritueux) ou de drogue, la quantité consommée, la fréquence, les dates d'utilisation, la date de la dernière utilisation, le nom du groupe d'entraide et le nom et l'adresse des médecins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui » ci-dessus, donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section 16.5 ci-dessous.

| Question n° | Nom de la personne assurée | Nom du médecin | Précisions (y compris les dates pertinentes, les traitements, les recommandations et les résultats) |
|-------------|----------------------------|----------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 16.4 – Antécédents médicaux si la personne est âgée de plus de 70 ans

Si la personne à assurer 1 ou la personne à assurer 2 est âgée de 70 ans ou plus, remplissez la présente section. Autrement, passez à la section suivante.

| | Personne à assurer 1 | | Personne à assurer 2 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. Devez-vous obtenir de l'aide pour accomplir les tâches suivantes : | | | | |
| a) Vous laver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Préparer vos repas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Prendre vos médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Vous déplacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Effectuer vos courses ou vos transactions bancaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Autre? Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Conduisez-vous un véhicule? Sinon, pourquoi? Votre permis est-il assujéti à des restrictions? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous fait des chutes au cours des deux dernières années? Dans l'affirmative, précisez la fréquence et les détails des chutes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avec qui résidez-vous et depuis quand avez-vous adopté ce mode de vie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Utilisez-vous une canne, un ambulateur, de l'oxygène ou tout autre appareil pour vous aider? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui » ci-dessus, donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section 16.5 ci-dessous.

| Question n° | Nom de la personne assurée | Nom du médecin | Précisions (y compris les dates pertinentes, les traitements, les recommandations et les résultats) |
|-------------|----------------------------|----------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 16.5 – Précisions et commentaires relativement aux antécédents médicaux

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour fournir des précisions sur toute réponse affirmative aux questions sur les **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** de la section 16.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

J'ai lu et examiné les questions, les réponses et les renseignements figurant aux sections 15 et 16 et déclare que les réponses et les renseignements en question sont véridiques, complets et ont été consignés avec exactitude.

Initiales

Personne à assurer 1

Personne à assurer 2

Section 17 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 1

| | |
|---|---------------------------------|
| Nom de la personne à assurer (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Date de naissance (jj/mmm/aaaa) |
| Nom du conseiller | Nom de l'agent général |

Mensurations

1. Taille (sans souliers) : pi/po _____ Poids : lb _____
 Hommes seulement : m/cm _____ Hommes et femmes kg _____
 Poitrine (avec inspiration profonde) po _____ Abdomen (taille) : po _____
 cm _____ cm _____
 Poitrine (avec expiration profonde) po _____
 cm _____

Avez-vous pesé et mesuré la personne? Oui Non

Le poids a-t-il varié au cours des 12 derniers mois? Oui Non Dans l'affirmative, Gain Perte

Dans l'affirmative, de combien? _____ Pour quelle raison? _____

Si le poids de la personne à assurer excède la limite de la balance, fixez un rendez-vous pour peser la personne à l'aide d'un appareil adéquat.

2. Tension artérielle (assis et au repos)

| | 1 | 2 | 3 |
|-------------|---|---|---|
| Systolique | | | |
| Diastolique | | | |

Effectuez au moins deux lectures et répétez après cinq minutes si la lecture est supérieure à 140/90.

Avez-vous utilisé un grand brassard? Oui Non

3. Pouls au repos _____ Irrégularités, le cas échéant _____
4. La personne à assurer semble-t-elle être en mauvaise santé, plus âgée que l'âge déclaré ou présente-t-elle des déficiences mentales ou physiques évidentes? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section Notes de l'examineur.
5. Êtes-vous au courant de tout autre antécédent? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section Notes de l'examineur.
6. Analyse d'urine – indiquez les résultats s'ils sont positifs.

| Sang | Albumine | Sucre |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Négatif |
| <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Positif |

Tests effectués et prélèvements envoyés sous pli séparé :

| Prélèvement | LabOne | Autre (précisez) | Étiquette code à barres |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Sang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| |
|--|
| Tests : |
| <input type="checkbox"/> ECG – Au repos |
| <input type="checkbox"/> ECG – À l'effort |
| <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

Section 17 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 1

Rapport du médecin

1. Avez-vous constaté des symptômes actuels ou antérieurs d'anomalies relativement à l'un ou l'autre des systèmes suivants?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| a) Système cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bruits du cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taille du cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouls (rythme, caractère) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Système respiratoire (poumons, difformité de la poitrine, emphysème, râle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tête et cou (gorge, bouche, vue, ouïe, parole, glande thyroïde, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Abdomen (viscères, organes génitaux, hernie ou séquelles d'une intervention chirurgicale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Un examen rectal a-t-il été effectué? Sinon, indiquez la raison. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f) Peau, ganglions lymphatiques, seins, muscles, ossature ou articulations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Système nerveux (réflexes, faiblesse ou tremblements) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. La personne à assurer a-t-elle déjà consulté votre cabinet sur une base professionnelle? Oui Non

Fiche cardiaque (fiche et formulaire – rapport de l'examineur à ajouter) :

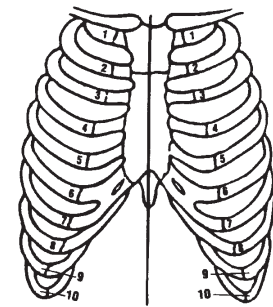
Cœur : Avez-vous constaté l'une ou l'autre des conditions suivantes?

Agrandissement
Souffle(s)

Oui Non Oui Non Dyspnée Oui Non
 Oui Non Oui Non Œdème Oui Non

Description :
Emplacement

| | Pointe | Aortique | Pulmonaire | Autre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Régulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irrégulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transmis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Localisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Systolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présystolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diastolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faible (cot. 1 à 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modéré (cot. 3 à 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intense (cot. 5 à 6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Après un effort ou un déplacement, le souffle est : | | | | |
| Accru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inchangé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réduit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Indiquer :

- Apex par : **X**
 Emplacement du souffle par : △
 Emplacement de l'intensité maximale par : ○
 Transmission par : →
 Commentaires et impressions :

Section 17 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 1

Notes de l'examineur :

1. Avez-vous un lien avec la personne à assurer 1 ou la connaissez-vous personnellement? Oui Non
2. Possédez-vous des renseignements qui pourraient affecter l'assurabilité de la personne à assurer 1? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

3. Selon vous, quelle catégorie de risque convient le mieux à la personne à assurer 1?
 Dans la moyenne ou supérieure
 Inférieure à la moyenne, veuillez fournir des précisions : _____
 Très inférieure à la moyenne, veuillez fournir des précisions : _____
4. Une autre personne, notamment un traducteur, a-t-elle assisté à l'examen? Oui Non Dans l'affirmative, indiquez la raison et le lien avec la personne à assurer 1.

Notes de l'examineur :

Signé à : _____ Date : _____ (jj/mmm/aaaa) Heure : _____

Signature de l'examineur : X _____

Renseignements relatifs à l'examineur : ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom : _____ Compagnie : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Section 18 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 2

| | |
|---|---------------------------------|
| Nom de la personne à assurer (prénom, initiale du 2 ^e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) | Date de naissance (jj/mmm/aaaa) |
| Nom du conseiller | Nom de l'agent général |

Mensurations

1. Taille (sans souliers) : pi/po _____ Poids : lb _____
 Hommes seulement : m/cm _____ Hommes et femmes kg _____
 Poitrine (avec inspiration profonde) po _____ Abdomen (taille) : po _____
 cm _____ cm _____
 Poitrine (avec expiration profonde) po _____
 cm _____

Avez-vous pesé et mesuré la personne? Oui Non

Le poids a-t-il varié au cours des 12 derniers mois? Oui Non Dans l'affirmative, Gain Perte

Dans l'affirmative, de combien? _____ Pour quelle raison? _____

Si le poids de la personne à assurer excède la limite de la balance, fixez un rendez-vous pour peser la personne à l'aide d'un appareil adéquat.

2. Tension artérielle (assis et au repos)

| | 1 | 2 | 3 |
|-------------|---|---|---|
| Systolique | | | |
| Diastolique | | | |

Effectuez au moins deux lectures et répétez après cinq minutes si la lecture est supérieure à 140/90.

Avez-vous utilisé un grand brassard? Oui Non

3. Pouls au repos _____ Irrégularités, le cas échéant _____
4. La personne à assurer semble-t-elle être en mauvaise santé, plus âgée que l'âge déclaré ou présente-t-elle des déficiences mentales ou physiques évidentes? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section Notes de l'examineur.
5. Êtes-vous au courant de tout autre antécédent? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section Notes de l'examineur.
6. Analyse d'urine – indiquez les résultats s'ils sont positifs.

| Sang | Albumine | Sucre |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Négatif |
| <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Positif |

Tests effectués et prélèvements envoyés sous pli séparé :

| Prélèvement | LabOne | Autre (précisez) | Étiquette code à barres |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Sang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| |
|--|
| Tests : |
| <input type="checkbox"/> ECG – Au repos |
| <input type="checkbox"/> ECG – À l'effort |
| <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

Section 18 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 2

Rapport du médecin

1. Avez-vous constaté des symptômes actuels ou antérieurs d'anomalies relativement à l'un ou l'autre des systèmes suivants?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| a) Système cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bruits du cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taille du cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouls (rythme, caractère) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Système respiratoire (poumons, difformité de la poitrine, emphysème, râle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tête et cou (gorge, bouche, vue, ouïe, parole, glande thyroïde, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Abdomen (viscères, organes génitaux, hernie ou séquelles d'une intervention chirurgicale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Un examen rectal a-t-il été effectué? Sinon, indiquez la raison. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
- f) Peau, ganglions lymphatiques, seins, muscles, ossature ou articulations Oui Non
- g) Système nerveux (réflexes, faiblesse ou tremblements) Oui Non
2. La personne à assurer a-t-elle déjà consulté votre cabinet sur une base professionnelle? Oui Non

Fiche cardiaque (fiche et formulaire – rapport de l'examineur à ajouter) :

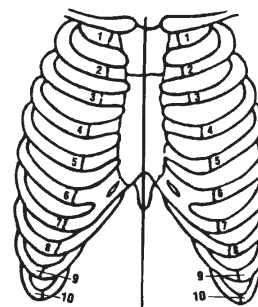
Cœur : Avez-vous constaté l'une ou l'autre des conditions suivantes?

Agrandissement
Souffle(s)

Oui Non Oui Non Dyspnée Oui Non
 Oui Non Oui Non Œdème Oui Non

Description :
Emplacement

| | Pointe | Aortique | Pulmonaire | Autre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Régulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irrégulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transmis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Localisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Systolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Présystolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diastolique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faible (cot. 1 à 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modéré (cot. 3 à 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intense (cot. 5 à 6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Après un effort ou un déplacement, le souffle est : | | | | |
| Accru | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inchangé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réduit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Indiquer :

- Apex par : X
- Emplacement du souffle par : △
- Emplacement de l'intensité maximale par : ○
- Transmission par : →
- Commentaires et impressions :

Section 18 – Questionnaire paramédical/Examen médical – Personne à assurer 2

Notes de l'examineur :

1. Avez-vous un lien avec la personne à assurer 1 ou la connaissez-vous personnellement? Oui Non

2. Possédez-vous des renseignements qui pourraient affecter l'assurabilité de la personne à assurer 1? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

3. Selon vous, quelle catégorie de risque convient le mieux à la personne à assurer 1?
 Dans la moyenne ou supérieure
 Inférieure à la moyenne, veuillez fournir des précisions : _____
 Très inférieure à la moyenne, veuillez fournir des précisions : _____

4. Une autre personne, notamment un traducteur, a-t-elle assisté à l'examen? Oui Non Dans l'affirmative, indiquez la raison et le lien avec la personne à assurer 1.

Notes de l'examineur :

Signé à : _____ Date : _____ (jj/mmm/aaaa) Heure : _____

Signature de l'examineur : X _____

Renseignements relatifs à l'examineur : ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom : _____ Compagnie : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Section 19 – Convention d'assurance provisoire en cas de décès accidentel

À détacher et à remettre au titulaire

Important : Aucune assurance provisoire en cas de décès accidentel n'entrera en vigueur sauf celle stipulée dans la présente convention.

L'assurance provisoire en cas de décès accidentel prévue dans la convention vise à offrir la protection limitée décrite ci-dessous pendant l'étude de votre proposition. La protection accordée en vertu de cette assurance provisoire en cas de décès accidentel ne garantit pas que votre proposition sera acceptée. Tout changement lié à votre assurabilité durant l'étude de votre proposition pourrait également influencer sur l'acceptation ou le refus de celle-ci.

Si l'une des personnes à assurer décède accidentellement pendant que la présente assurance est en vigueur et que cette personne est admissible à l'assurance provisoire en cas de décès accidentel, BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) versera le montant du capital d'assurance provisoire en cas de décès accidentel. La prestation sera versée conformément à la désignation de bénéficiaire contenue dans la proposition et, dans le cas de personnes à assurer conjointes, conformément à la police visée par la proposition.

Coût de la garantie

BMO Assurance consent à offrir une assurance provisoire en cas de décès accidentel aux personnes à assurer sous réserve des dispositions, exclusions et autres conditions stipulées ci-dessous. La présente assurance provisoire en cas de décès accidentel est offerte en contrepartie de votre proposition d'assurance à BMO Assurance.

Modalités

Au décès des personnes à assurer, BMO Assurance versera au bénéficiaire désigné la prestation d'assurance provisoire en cas de décès accidentel indiquée ci-dessous, à condition de recevoir une preuve suffisante, selon elle, que :

- le décès des personnes à assurer découle directement d'une blessure accidentelle, qu'il est indépendant de toute autre cause et qu'il est uniquement attribuable à des causes externes, violentes et accidentelles;
- la blessure et le décès se sont produits alors que la présente entente était en vigueur;
- le décès, la blessure ou l'accident ne sont attribuables à aucune des causes exclues ni à aucun événement exclu (voir la clause Exclusions).

Dispositions relatives à la résiliation

- La date d'expiration correspond au 90^e jour suivant la date de signature de la proposition, sauf si la présente convention est résiliée avant cette date de la manière indiquée au point b) ou c) ci-dessous.
- La présente convention est automatiquement résiliée dès que les polices visées par la proposition entrent en vigueur, qu'une contre-offre est présentée à votre conseiller ou que la date de résiliation est atteinte, selon la première de ces éventualités.
- BMO Assurance peut résilier la présente convention à tout moment avant la date d'expiration susmentionnée. Dans ce cas, un avis sera envoyé au titulaire à l'adresse postale indiquée dans la présente proposition. La date de résiliation correspond au lendemain de l'envoi de l'avis par BMO Assurance.

Date d'entrée en vigueur

L'assurance provisoire en cas de décès accidentel prévue par la présente convention entre en vigueur dès que la présente proposition a été dûment remplie et que nous ou l'un de nos fournisseurs de services recevons la proposition dûment signée.

Garantie d'assurance provisoire en cas de décès accidentel

Le montant de capital assuré maximal consenti à la personne à assurer en vertu de la présente convention se limite à la moindre des deux sommes suivantes :

- le capital assuré proposé;
- 1 000 000 \$.

Exclusions

BMO Assurance ne versera aucune prestation si le décès de toute personne à assurer est directement ou indirectement attribuable à l'une ou l'autre des causes suivantes :

- le suicide ou toute blessure infligée volontairement, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non;
- accident survenu pendant que la personne à assurer présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang ou alors qu'elle était sous l'influence ou avait fait la consommation d'une substance toxique, de stupéfiants ou de médicaments délivrés sur ordonnance autres que ceux prescrits par un médecin ou un dentiste et utilisés conformément à la posologie;
- tout accident survenu pendant une émeute ou une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou pendant que la personne à assurer commettait ou tentait de commettre une agression ou un acte criminel;
- tout accident survenu pendant que la personne à assurer faisait activement partie des forces armées;
- tout accident survenu au cours d'un voyage ou d'un vol ou lorsque la personne à assurer montait à bord ou sortait d'un aéronef à bord duquel elle voyageait en tant que pilote, officier ou membre de l'équipage ou à bord duquel la personne à assurer donnait ou recevait une formation ou exerçait des fonctions quelconques;
- tout accident survenu pendant que la personne à assurer s'adonnait à une activité dangereuse, notamment la course automobile, la plongée sous-marine, le saut en chute libre, le parachutisme, le deltaplane, l'escalade de rochers ou de montagnes ou le saut à l'élastique (bungee);
- tout accident survenu au travail et pendant que la personne à assurer travaillait en tant que monteur de hautes charpentes métalliques, mineur de fond, travailleur de plate-forme pétrolière, monteur de lignes électriques ou bûcheron.

Aucun représentant de BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) n'est autorisé à modifier la présente convention.

Section 20 – Consentement relatif à la protection des renseignements personnels et avis concernant MIB Inc.**À de confirmer votre identité et de détacher et à remettre à chaque personne à assurer**

Dans ce consentement relatif à la protection des renseignements personnels, les termes « vous », « votre » et « vos » peuvent désigner le titulaire éventuel ou la personne à assurer, soit individuellement ou collectivement. Les termes « nous », « nos » et « notre » désignent BMO Société d'assurance-vie. Nous comprenons l'importance que vous accordez à la protection des renseignements qui vous concernent. Sachez que la confidentialité de ces renseignements est aussi importante pour nous que pour vous. Les renseignements personnels sont essentiels à la conduite de nos activités, notamment parce qu'ils nous permettent d'évaluer votre proposition d'assurance, ainsi que d'établir et d'administrer la police d'assurance visée par votre proposition.

À la réception de votre proposition (qui comprend la proposition d'assurance et tout formulaire complémentaire), nous établirons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, votre proposition et tout contrat d'assurance connexe. Nous tiendrons ce dossier à jour.

Nous constituons ce dossier afin :

- (1) de déterminer si vous êtes admissible à nos produits et services;
- (2) de confirmer votre identité et de vérifier la justesse des renseignements que vous nous avez fournis;
- (3) d'établir et d'administrer votre contrat d'assurance et de fournir les services s'y rattachant même après que le contrat ait pris fin;
- (4) d'évaluer les demandes de règlement effectuées au titre de votre contrat;
- (5) de respecter les exigences juridiques et réglementaires.

Si cela est nécessaire à l'évaluation de votre proposition, nous pourrions demander un rapport du bureau de crédit, vérifier vos antécédents criminels et obtenir des renseignements sur votre dossier de conduite automobile dans le cadre de notre processus de tarification. L'accès à votre dossier et à vos renseignements personnels est réservé :

- (1) aux employés de BMO Assurance;
- (2) à votre conseiller en assurance et à l'agent général auquel votre conseiller en assurance est associé ou lié;
- (3) à nos réassureurs;
- (4) aux tiers fournisseurs de services responsables de l'administration, du traitement de votre contrat et de la prestation de services s'y rapportant;
- (5) à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi;
- (6) à vos bénéficiaires désignés, en cas de demande de règlement (au besoin).

Vous pouvez consulter votre dossier et y faire apporter des corrections en envoyant une demande écrite en ce sens au responsable de la confidentialité de BMO Assurance à l'adresse suivante :

Privacy Officer

BMO Insurance

60 Yonge Street, Toronto (Ontario) M5E 1H5

Consultez le site www.bmoinsurance.com pour en savoir plus à ce sujet ou pour lire notre Code de confidentialité.

Avis concernant MIB Inc. :

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement dans la mesure où la loi le permet. BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient toutefois en communiquer des éléments à MIB Inc., un organisme sans but lucratif regroupant des compagnies d'assurance vie ou maladie et ayant pour objet de favoriser l'échange de renseignements entre ses membres. Si une personne nommée aux présentes fait une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou une demande de règlement à une autre compagnie membre de MIB Inc., celui-ci fournira les renseignements qu'il a dans son dossier si la compagnie la lui demande.

BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient également communiquer les renseignements figurant à leur dossier à d'autres compagnies d'assurance à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

À la réception d'une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous communiquer tous les renseignements qui figurent à votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements figurant à votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB Inc. et demander une rectification.

Voici l'adresse de MIB Inc. :

MIB Inc.

330 University Avenue, Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7

Téléphone : 416-597-0590

www.mib.com



BMO Société d'assurance-vie

60 Yonge Street, Toronto (Ontario), Canada M5E 1H5

Tél. : 416 596-3900 • Téléc. : 416 596-4143 • Sans frais : 1-877-742-5244